

(様式2)

委 任 状

令和 年 月 日

(あて先)
地方独立行政法人市立大津市民病院

委任者

所在地

商号及び名称

代表者氏名

印

下記の者に 『ウォッシャーディスインフェクター 一式』 に係る入札・契約についての一
切の権限を委任します。

記

受任者

所 在 地

商号及び名称

役 職 名 等

受 任 者 氏 名

印